*Niepoprawnie wniosek będzie zwrócony do uzupełnienia. W razie odmowy uzupełnienia wniosek nie będzie rozpatrzony.*

……………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko)*

……………………………………………………………….......

*(adres zamieszkania)*

…………………………………………………………………….

*(stanowisko, wymiar zatrudnienia)*

……………………………………………………………………

*(nr emerytury, renty)*

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO Z ZFŚS**

1. Proszę o przyznanie dla mnie \*) i uprawnionych członków mojej rodziny\*) zgodnie z Regulaminem ZFŚS

…………………………………………………………………………………………………

(wymienić rodzaj świadczenia: bezzwrotna zapomoga finansowa, pożyczka mieszkaniowa, dofinansowanie do wypoczynku dzieci, dofinansowanie do wczasów, dofinansowanie do opłat związanych z pobytem dziecka w żłobku/przedszkolu)

Uzasadnienie wniosku: …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie: …………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….…

*(wymienić imiona, wiek oraz stopień pokrewieństwa)*

Wysokość średniego miesięcznego dochodu brutto za rok ubiegły \*\*, na osobę w rodzinie wynosi ……………………………………….

Oświadczam, ze poprzednią pożyczkę spłaciłem/spłaciłam w dniu ……………………………

Do wniosku dołączam niezbędne do uzyskania świadczenia dokumenty:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(należy podać i dołączyć do wniosku dokumenty, które zgodnie z zapisami Regulaminu są niezbędne do uzyskania świadczenia)*

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadoma/y odpowiedzialności karnej.

………………………………………………………………………..

*(data i czytelny podpis wnioskodawcy)*

**II. Propozycja Komisji Socjalnej:**

Na posiedzeniu w dniu ………………………………… Komisja Socjalna zaopiniowała wniosek i proponuje:

* **Przyznać** świadczenie w kwocie ……………………….,

słownie ……………………………………………………………………………………..…..………

* **nie przyznać** świadczenia

Uzasadnienie odmowy: ………………………………………………………………………………………………………

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Data i podpis członków Komisji Socjalnej:**

…………………………………………………. …………………………………………………

………………………………………………… ………………………………………………..

………………………………………………… …………………………………………………

**III. Decyzja Pracodawcy:**

* **Przyznaję** świadczenie w kwocie ..................................... słownie: ………………

……………………………………………………………………………………...

* **Nie przyznaję** świadczenia.

**Uzasadnienie:** .................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Poznań, dnia ………………………………… …………………………………………………

*( podpis dyrektora )*

**Uzgodniono:**

**Podpis przedstawiciela NSZZ „ Solidarność”**

**Podpis przedstawiciela ZNP**